AUS DER KGL. UNIVERSITÄTS-POLIKLINIK FÜR
NASEN- U. KEHLKOPFKRANKE IN WÜRZBURG
(VORSTAND PROF. DR. O. SEIFERT).

Phlegmonöse Entzündungen
des
Rachenringes und des Kehlkopfes.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der
hohen medizinischen Fakultät
der
Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der Doktorwürde
vorgelegt von

Karl Michel
aus
Würzburg.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Würzburg 1915
Gebrüder Memminger G. m. b. H.
Abteilung Buchdruckerei.

Gedruckt
mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.
Referent: Herr Professor Dr. Otto Seifert.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Die Phlegmonen des Rachenringes nehmen nach wie vor das Interesse des praktischen sowie des Spezial-Arztes in Anspruch und wenn es mir auch nicht beschieden ist, auf diesem Gebiete etwas Neues zu bringen, so mag doch der Mitteilung der an dem reichhaltigen Krankenmaterial der Poliklinik gesammelten Erfahrungen (aus der Zeit vom 1. Dezember 1905 bis 1. Dezember 1914) eine gewisse Berechtigung zukommen.

Die phlegmonöse Entzündung stellt im allgemeinen nur einen höheren Grad der gewöhnlichen Entzündung dar und zeigt daher auch meist die gleichen Erscheinungen und Veränderungen wie dieselbe, nur in weit höherem Grade. Virulente Bakterien, Staphylo- oder Streptokokken dringen auf irgend einem Wege in das Innere des Gewebes ein und rufen hier durch ihre Vermehrung die Entzündung hervor.

So sind auch die klinischen Erscheinungen der phlegmonösen Entzündung des Rachenringes die einer jeder anderen Entzündung in verstärktem Maße.

Unter starker Rötung wird die Schwellung der betreffenden Partie immer stärker, so daß sehr bald Schlingbeschwerden auftreten, welche so stark werden können, daß dem Patienten nicht nur feste, sondern auch jede flüssige Nahrungsaufnahme beinahe unmöglich wird. Fast immer sind auch stärkere Allgemeinerscheinungen vorhanden.

Weiter zeigt sich stärkere Appetitlosigkeit und Übelkeit, der Patient fühlt sich matt, fröstelt, ja öfters tritt durch Resorption der toxischen Stoffe aus dem entzündeten Gewebe starkes Fieber, bis 39° und höher auf.

Meistens wird die Entzündung eine zirkumskripte sein, und müssen wir dann die Phlegmone der jeweils ergriffenen Organe unterscheiden, doch wird

es auch oft schwer sein, eine genauere Grenze der phlegmonösen Entzündung zu ziehen.

Je nach dem Abschnitt des Rachenringes in dem sich diese Prozesse abspielen unterscheiden wir:

1) Peritonsillitis abscedens der Gaumenmandeln (Angina phlegmonosa);
2) Peritonsillitis abscedens der Zungenmandel (Angina phlegmonosa präepiglottica);
3) Peritonsillitis abscedens der Rachenmandel (Angina retronasalis).

Am häufigsten ist die Peritonsillitis der Gaumenmandeln, diesen folgt die Zungenmandel und was die Rachenmandel betrifft, so sind bis jetzt nur ganz vereinzelte Fälle bekannt geworden.

Im Ganzen stehen uns 55 Fälle von phlegmonöser Entzündung des Rachenringes zur Verfügung; davon fallen auf das Bereich der Gaumentonsillen 48 und auf die Zungentonsille 7, während Phlegmonen der Rachentonsille überhaupt nicht zur Beobachtung gelangten.

I. Angina phlegmonosa (Peritonsillitis abscedens).

Aus den Krankengeschichten wird im Folgenden nur das Wichtigste mitgeteilt. Da es sich ausschließlich um ambulante Kranke handelt, fehlen naturgemäß zum großen Teil jene Angaben, die für die oben angeführten Störungen des Allgemeinbefindens, wie Verhalten der Körpertemperatur etc. von Bedeutung sein könnten.

1) 25. IV. 06. H. M., Zimmermädchen, 17 Jahre alt. Kann seit 10 Tagen nicht schlucken.

Linke Gaumentonsille geschwollen, stark gerötet, schmerzhafte Drüsenschwellung am Unterkieferwinkel links.

Diagnose: Angina phlegmonosa sin.

Ther.: Anästhesierung; H_2O_2-Spülung des Rachens, beschwerdefrei nach 8 Tagen. Keine Inzision.

2) 23. VIII. 06. K. St., stud. phil., 21 Jahre alt. Seit 8 Tagen Schluckbeschwerden.

Beide Tonsillen stark angeschwollen, Uvula ödematös, rechter Gaumenbogen vorgewölbt, Fluktuation.

Diagnose: Angina phlegm. dextra.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung.

Nach der Inzision wesentliche Erleichterung, Heilung nach 5 Tagen.

3) 17. IX. 06. W. E., Lackierersfrau, 26 Jahre alt.

Seit letzter Nacht Druckgefühl im Halse, starke Schluckbeschwerden.

Rechter hinterer Gaumenbogen stark gerötet und ödematös; Uvula ödematös. Rechte Submaxillargegend bei Palpation schmerzhaft.

Diagnose: Angina phlegmonosa dextra.

Ther.: Formamint-Tabletten.

18. IX. Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung, Heilung nach 4 Tagen.

4) 4. V. 07. G. B., Koch, 24 Jahre alt.

Seit 3 Tagen Schluckbeschwerden, besonders links, Kopfschmerzen.

Links Gaumenbögen und Tonsille gerötet, geschwollen. Uvula ödematös, Fluktuation.

Diagnose: Angina phlegm. sinistra.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Heilung nach 5 Tagen.

5) 13. V. 07. W. W., cand. med., 24 Jahre alt.

Seit 4 Tagen Schmerzen beim Schlucken.

Links kleiner peritonsillärer Abszeß.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Eröffnung mit scharfem Löffel. H_2O_2-Spülung. Heilung nach 3 Tagen.

6) 28. V. 07. F. R., Köchin, 22 Jahre alt.

Schmerzen an der linken Halsseite seit 2 Tagen.

Linker Gaumenbogen und linke Tonsille stark gerötet und geschwollen, Ödem der Uvula, Drüsen am linken Kieferwinkel geschwollen und schmerzhaft. Mund kaum zu öffnen.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Heilung nach 4 Tagen.

7) 26. X. 07. R. W., Kutscher, 24 Jahre alt.

Schmerzen beim Schlucken seit 2 Tagen.

Linker hinterer Gaumenbogen und linke Tonsille gerötet, ödematös. Uvula ödematös.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. 30. X. 07 geheilt.

8) 27. III. 08. B. B., Metzgersfrau, 24 Jahre alt. Halsschmerzen rechts seit 3 Tagen.

Gegend der rechten Tonsille stark gerötet, vorgetrieben, Öffnen des Kiefers nur schwer möglich.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Heilung nach 4 Tagen.

9) 7. IV. 08. D. G., cand. med. dent., 23 Jahre alt. Anschwellung der linken Tonsille seit 3 Tagen. Am linken hinteren Gaumenbogen dicht hinter der Tonsille eine längliche, prall elastische, schmerzhafte Anschwellung.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. 12. IV. Heilung.

10) 6. V. 08. G. P., Handelsmann, 34 Jahre alt. Seit 3 Tagen Schmerzen im Hals. Schlucken fast unmöglich.

Rechter Gaumenbogen stark ödematös, tiefrot, fluktuierend.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Heilung.

11) 22. IX. 08. M. K., Arztenskind, 14 Jahre alt. Seit einigen Tagen Halsschmerzen. Schlucken fast unmöglich.

Rechte Tonsille und rechter Gaumenbogen gerötet, geschwellt, Fluktuation. Uvula ödematös.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Heilung.

12) 18. I. 09. A. R., Schuhmacher, 61 Jahre alt. Seit 8 Tagen Verschleimung und Schmerzen im Halse.

Rechte Gaumenhälfte und rechte Tonsille sowie Uvula ödematös.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Kokainbespülung Anästhesin-Tabletten. Heilung ohne Inzision.

13) 30. IV. 09. R. R., Schneidersfrau, 28 Jahre alt. Seit 3 Tagen Schlingbeschwerden.

Rechter vorderer Gaumenbogen, rechte Gaumenhälfte stark gerötet und geschwellt, vorgetrieben, Fluktuation.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.
Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Heilung.

14) 3. VI. 09. F. G., Tapeziererst., 15 Jahre alt.
Seit 8 Tagen Schlingbeschwerden.
Rechter Gaumenbogen, rechte Tonsille, rechte Gaumenhälfte gerötet, geschwellt, Fluktuation nicht deutlich.
Diagn.: Angina phlegmon. dextra.
Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Heilung.

15) 14. VII. 09. E. E., Schlossersfrau, 28 Jahre alt.
Schlingbeschwerden seit 2 Tagen.
Rechte Gaumenhälfte gerötet und geschwollen, Fluktuation nicht deutlich.
Diagn.: Angina phlegmon. dextra.
Ther.: Stoman-Tabletten, Bespülung mit Kokain. Heilung ohne Inzision.

16) 1. VII. 09. G. L., Bergmann, 35 Jahre alt.
Seit 8 Tagen Schmerzen im Hals und Schlingbeschwerden.
Peritonsilläres Gewebe, links infiltriert, Schleimhaut tiefrot.
Diagn.: Angina phlegmon. sin.
Ther.: Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung, Heilung.

17) 5. IV. 09. J. C., Händler, 43 Jahre alt.
Seit 4—5 Tagen Schmerzen im Hals.
Rechte Gaumenhälfte stark gerötet und geschwellt, Fluktuation.
Diagn.: Angina phlegmon. dextra.
Ther.: Inzision, Eiterentleerung H_2O_2-Spülung, Heilung.

18) 14. II. 10. E. F., Landbauschüler, 18 Jahre alt.
Seit einigen Tagen Schmerzen beim Schlingen, seit gestern Schmerzen im linken Ohr.
Linke Tonsille geschwollen, gerötet, Fluktuation; linker hinterer Gaumenbogen sowie die Uvula gerötet, ödematös.
Diagn.: Angina phlegmon. retrotonsillaris sin.
Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Heilung.

19) 9. III. 10. J. R., Landwirtssohn, 19 Jahre alt.

Seit 24 Stunden Schlingbeschwerden, die in das rechte Ohr ausstrahlen.

Rechte Tonsille gerötet, geschwellt, rechter hinterer Gaumenbogen etwas ödematös. Rechte Unterkiefergegend schmerzhaft, geschwellt.

Diagn.: Beginnende Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Anästhesin-Tabletten.

12. III. Uvula stark ödematös, rechter hinterer Gaumenbogen ödematös, Inzision; reichliche Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Heilung.

20) 16. VI. 10. K. Sch., Bahnschaffnersfrau, 55 Jahre alt.

Seit ca. 5 Monaten eine Geschwulst im Munde, seitdem sie an einer Mandelentzündung erkrankt war.

Status: Starke Schwellung der rechten Tonsille, aus welcher sich auf Druck Eiter entleert.

An der inneren Seite der rechten Wange ein zirkumskriptes Infiltrat, das nicht mit der Tonsille kommuniziert, aber doch eine Folge der Angina zu sein scheint.

Diagn.: Angina phlegmon. chronica dextra. Infiltratio circumscripta der rechten Wangenschleimhaut. Nicht weiter beobachtet.

21) 1. X. 10. B. B., Metzgersfrau, 33 Jahre alt.

Schmerzen beim Schlingen seit 3 Tagen.

Linke Gaumentonsille geschwellt, gerötet, auf Druck entleert sich eitrige Flüssigkeit aus der Tonsille.

Diagn.: Angina phlegmon. incipiens sin.

Ther.: Inzision, etwas Eiter entleert. H_2O_2-Spülung. Heilung.

22) 17. X. 10. Ph. B., Gärtner, 30 Jahre alt.

Seit 4 Tagen Schluckbeschwerden.

Rechte Gaumenhälfte gerötet, geschwellt, Fluktuation.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision — Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung, Heilung.

23) 12. I. 11. F. K., Zimmermädchen, 21 Jahre alt.

Seit 10 Tagen Schluckbeschwerden.

Links fluktuierende Anschwellung in der Tonsillengegend. Schwellung der Unterkiefergegend, beiderseits schmerzhaft.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision — Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Heilung.

24) 21. VII. 11. K. H., cand. med., 24 Jahre alt.

Seit 3 Tagen Schmerzen beim Schlucken links. Fieber.

Linker vorderer Gaumenbogen und Uvula etwas ödematös. Linke Hälfte des Gaumenbogens gerötet und sich deutlich vorwölbend. Fluktuation zu fühlen.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Kurz nach der Inzision Schlucken sehr erleichtert. Heilung.

25) 5. VIII. 11. G. D., Wagenwärter, 35 Jahre alt.

Seit 3 Tagen Schmerzen beim Schlingen rechts. Seit gestern Schlucken fast völlig unmöglich.

Rechter vorderer Gaumenbogen und rechte Tonsille gerötet, rechte Hälfte des weichen Gaumens gerötet, sich vorwölbend. Fluktuation zu fühlen.

Öffnen des Mundes fast nicht möglich. Drüsen am rechten Unterkieferwinkel stark geschwellt und schmerzhaft.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision — Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung.

Kurz nach der Inzision Schlucken und Öffnen des Mundes gut möglich. 6. VIII. Schmerzen gering. 10. VIII. geheilt.

26) 18. VIII. 11. E.W., Kutschersfrau, 24 Jahre alt.

Seit 3 Tagen Schmerzen beim Schlingen, kann den Mund nur wenig öffnen, links Schmerzen außen am Halse.

Linke Gaumenhälfte stark gerötet, geschwellt, sich vorwölbend. Fluktuation zu fühlen.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Kurz nachher Mund besser zu öffnen, Schlucken gut möglich. 21. VIII. geheilt.

27) 30. VIII. 11. W. B., Erdarbeiter, 34 Jahre alt.

Stechen im Hals beim Schlucken seit 4 Tagen. Seit 2 Tagen kaum noch Flüssigkeit zu schlucken möglich. Fieber.

Linke Gaumenhälfte stark gerötet, sich vorwölbend. Fluktuation. Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Drüsen am linken Kieferwinkel.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision. Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Heilung.

28) 23. X. 11. V. R., Dienstmagd, 25 Jahre alt.

Seit 3 Tagen beim Schlucken Schmerzen, besonders rechts.

Rechte Gaumenhälfte gerötet, vorgewölbt. Fluktuation.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. 24. X. Besserung, 28. X. geheilt.

29) 25. X. 11. J. K., Gendarm, 27 Jahre alt.

Schmerzen im Hals seit 3 Tagen. Schlucken erschwert. Fieber.

Rechte Gaumenhälfte gerötet, vorgewölbt, Fluktuation.

Drüsen am rechten Unterkieferwinkel geschwollen und schmerzhaft.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. 29. X. geheilt.

30) 18. III. 11. V. H., Dienstmädchen, 19 Jahre alt.

Tonsille rechts stark geschwellt. Rötung und Schwellung der Gaumenbögen. Fluktuation nicht zu fühlen.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, etwas Eiter entleert. H_2O_2-Spülung. Heilung.

31) 19. IV. 12. A. Z., Schutzmann, 32 Jahre alt.

Schmerzen im Halse beim Schlingen auf der rechten Seite. Seit 3 Tagen leichte Fiebererscheinungen.

Rechte Gaumenhälfte und Gaumenbögen gerötet, geschwellt, vorgewölbt, Fluktuation. Geringe Mundsperre. Rechts Drüsen am Unterkieferwinkel schmerzhaft geschwollen.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Geringe Blutung; nach Inzision wesentliche Erleichterung. 20. IV. geringe Beschwerden. 24. IV. geheilt.

32) 20. VI. 12. S. H., Köchin, 32 Jahre alt. Seit 2 Tagen Schmerzen beim Schlingen. Fiebererscheinungen.

Linke Gaumenhälfte stark gerötet, vorgewölbt, Fluktuation. Mäßige Mundsperre. Drüsen am linken Unterkieferwinkel geschwellt, schmerzhaft.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung.

Nach Inzision Erleichterung. 21. VI. Schmerzen sehr gering. 25. VI. geheilt.

33) 12. VII. 12. M. Z., Bäckersfrau, 25 Jahre alt.

Patientin hatte schon mehrmals Mandelabszesse. Seit 5 Tagen Halsschmerzen. Starke Schlingbeschwerden. Fiebererscheinungen.

Mund kaum zu öffnen. Linke Gaumenhälfte gerötet, geschwellt, Fluktuation. Drüsen am linken Unterkieferwinkel geschwellt, sehr schmerzhaft.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung.

Nach der Inzision wesentliche Erleichterung. 13. VII. Seit gestern wieder mehr Schmerzen. Abszeß wieder gefüllt. Inzision — Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. 14. VII. fast beschwerdefrei. 17. VII. geheilt.

34) 7. VIII. 12. H. G., 11 Jahre alt.

Seit 5 Tagen starke Schmerzen im Hals. Erkrankt mit Fieber.

Mundsperre. Linke Gaumenhälfte gerötet, vorgewölbt. Fluktuation. Links Drüsen am Unterkieferwinkel geschwellt, schmerzhaft.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. 8. VIII. Besserung. 12. VIII. geheilt.

35) 19. X. 12. K. H., Kutschersfrau, 28 Jahre alt.

Seit 10 Tagen Schluckbeschwerden, kein Fieber. Wird vom Arzte zur Inzision eines Mandelabszesses geschickt.

Mundsperre, linke Gaumenhälfte stark gerötet, sich vorwölbend, Fluktuation. Links Drüsen am Unterkieferwinkel stark geschwollen, schmerzhaft.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. 20. X. wesentliche Erleichterung. 23. X. geheilt.

36) 22. I. 13. K. H., Hilfsarbeiter, 30 Jahre alt.

Seit 3 Tagen Halsschmerzen auf der rechten Seite. Fieber, Mund schwer zu öffnen.

Schwellung und Rötung der rechten Gaumenhälfte und Gaumenbögen. Fluktuation nicht deutlich. Drüsen am rechten Unterkieferwinkel geschwollen und schmerzhaft.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. 23. I. wesentliche Erleichterung. 28. I. geheilt.

37) 10. III. 13. J. St., Bäckerswitwe, 52 Jahre alt.

Etwa seit 20. II. 13 Schmerzen links im Hals, besonders beim Schlucken. Patient hat selbst mittelst Spiegel Schwellung der linken Tonsillargegend gesehen.

Starke Schwellung und Rötung, die links an der seitlichen Rachenwand bis hinauf in den Nasenrachenraum und nach abwärts beinahe bis zum Lig. pharyngoepiglotticum reicht. Der linke hintere Gaumenbogen und die Tonsillargegend in der Schwellung inbegriffen.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, reichliche Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Heilung.

38) 28. VI. Sch., Büttner, 35 Jahre alt.

Seit 8 Tagen starke Schlingbeschwerden, dabei oft Frost und Hitze abwechselnd. Schon einmal im Frühjahr 1913 die gleiche Erkrankung, woran sich ein längeres Krankenlager mit Gliederschmerzen anschloß.

Starke Rötung und Schwellung der rechten Gaumenhälfte. Fluktuation.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung, H_2O_2-Spülung. Heilung.

39) 1. VIII. 13. E. B., Bauerntochter, 15 Jahre alt.

Hat viel mit Halsentzündung zu tun. Im Laufe dieses Jahres das dritte Mal Mandelabszeß.

Seit 4 Tagen starke Schlingbeschwerden und etwas Kopfschmerzen.

Linke Gaumenhälfte stark gerötet, geschwellt. Fluktuation.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Abszeß entleert sich bei der Untersuchung. H_2O_2-Spülung. Heilung.

40) 3. X. 13. M. M., Maurerskind, 15 Jahre alt.

Seit 4 Tagen starke Schluckbeschwerden.

Rechte Tonsille stark geschwollen, auf Druck entleert sich viel Eiter besonders aus dem hinteren Teil der rechten Prätonsillar-Gegend. Vorderer Gaumenbogen geschwellt, gerötet, nicht fluktuierend. Drüsen am rechten Unterkieferwinkel geschwellt, schmerzhaft.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Bei Druck auf den vorderen rechten Gaumenbogen entleeren sich größere Eitermengen. Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. 10. X. geheilt.

41) 9. II. 14. B. F., Bauersfrau, 26 Jahre alt.

Seit 8 Tagen Schluckbeschwerden. Leichte Kieferklemme.

Tonsillen beiderseits sehr groß, auf Druck entleert sich aus der linken prätonsillaren Gegend eine große Menge dünnen Eiters.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Heilung.

42) 28. IV. 14. G. Z., Lokomotivheizer, 36 Jahre alt.

Schluckbeschwerden.

Rechte Tonsille gerötet und geschwollen, vorderer und besonders hinterer Gaumenbogen vorgewölbt, Uvula stark ödematös. Die Vorwölbung am hinteren Gaumenbogen zieht bis zum Pharynx hinab. Epiglottis rechterseits etwas ödematös, stärker die rechte Aryknorpelgegend.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, kein Eiter. H_2O_2-Spülung.

29. IV. Nochmalige Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Heilung.

43) 24. VII. 14. L. F., Bauer, 30 Jahre alt.

Patient kann seit einigen Tagen schlecht schlukken, seit 1 Tag fast ganz unmöglich, zu schlucken. Mund schwer zu öffnen.

Linker hinterer Gaumenbogen und Tonsille stark gerötet und geschwellt. Uvula ödematös.

Diagn.: Angina phlegmon. retrotonsillaris sin.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Nach der Inzision Erleichterung. Heilung.

44) IX. 14. M. B., Feldwebelstochter, 11 Jahre alt.

Seit zwei Tagen Fieber, Schluckbeschwerden, Schmerzen und Schwellung am Kieferwinkel rechts.

Rechte Gaumenhälfte stark gerötet und geschwellt. Fluktuation.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Inzision, Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Heilung.

45) 10. X. 14. E. Sch., Eisendreher, 17 Jahre alt.

Vor einem Jahre Schluckbeschwerden rechts. (Ein Abszeß inzidiert.) Schluckbeschwerden rechts seit 8. X. 14.

Eiter zwischen vorderem rechten Gaumenbogen und der Tonsille.

Diagn.: Angina phlegmon. dextra.

Ther.: Eiter entleert sich spontan. H_2O_2-Spülung. Heilung ohne Inzision.

46) 14. X. 14. J. F., Häckerskind, 10 Jahre alt.

Seit 14 Tagen Halsschmerzen, erst rechts, jetzt links.

Eiter entleert sich zwischen Tonsille und vorderen Gaumenbogen links.

Diagn.: Angina phlegmon. sin.

Ther.: 16. X. Inzision, reichliche Eiterentleerung. H_2O_2-Spülung. Heilung.

Die Ätiologie der Erkrankung ist noch sehr unklar und unter den verschiedenen Meinungen noch keine Einigkeit erzielt. Bis jetzt ist weder die nähere Ursache noch eine bestimmte Eingangspforte der Infektion sicher festgestellt.

So herrscht auch keine volle Klarheit über die Infektionserreger selbst, ob immer der gleiche oder verschiedene Erreger in Betracht kommen.

Es besteht auch große Verschiedenheit in der Menge der ätiologischen Momente, die für die Entstehung angeführt werden. Ältere Autoren führen Prädispositionen durch konstitutionelle Anomalien und Heredität, allgemeine Schwächezustände als wichtige Momente an, oder sehen die Ursache im status lymphaticus, rheumaticus oder nervosus.

Eine Prädisposition durch den Beruf ist in keiner Aufstellung zu finden und auch in unseren Fällen sind die Berufsarten ziemlich gleichmäßig verteilt.

Was die Verteilung auf die verschiedenen Altersstufen antrifft, so finden wir übereinstimmend mit andern Aufstellungen ein gänzliches Ausbleiben der Erkrankung im Kindesalter und die Höchstfrequenz im Alter zwischen 20 und 25 Jahren.

Unter unseren Fällen treffen

auf das 1.— 9. Jahr . . .	0 Fälle
auf das 10.—20. Jahr . . .	12 Fälle
auf das 21.—30. Jahr . . .	23 Fälle
auf das 31.—40. Jahr . . .	9 Fälle
auf das 41.—50. Jahr . . .	1 Fall
auf das 51.—60. Jahr . . .	2 Fälle
auf das 61.—70. Jahr . . .	1 Fall.
	48 Fälle.

Dagegen steht die Monatsfrequenz im Gegensatz zu andern Tabellen, welche keinen Unterschied im Einfluß der Jahreszeit erkennen lassen. Hier zeigt sich in unserer Tabelle ein An- und Abschwellen der Frequenz gegen die Monate der Übergangszeiten April und Oktober. Auffallend ist das Ausbleiben der Fälle im November und Dezember. Natürlich ist die Zahl der Fälle nicht groß genug, um hier die Möglichkeit der Zufälligkeit außer Acht lassen zu können.

Januar	4	Juli	5
Februar	2	August	6
März	4	September	3
April	6	Oktober	9
Mai	4	November	0
Juni	4	Dezember	1.

Auffallend ist die Disposition des einmal an Angina phlegmon. Erkrankten zu wiederholter Erkrankung.

So sehen wir auch unter unseren 48 Fällen vier Patienten, die schon wiederholt an Peritonsillitis erkrankt waren. Bei einer großen Zahl der Patienten ist wahrscheinlich die Anamnese nicht genügend berücksichtigt resp. die betreffende Angabe nicht notiert, sonst würde wohl eine größere Zahl in Bezug auf vorausgegangene phlegmönöse Anginen herausgekommen sein. Forschen wir nach dem Ausgangspunkte der Abszesse, so sehen wir manchmal eine mehr oder minder ausgesprochene Angina lacunaris vorherbestehen. In anderen Fällen entsteht die Phlegmone ohne jede entzündliche Prodromalsymptome an den Tonsillen.

Zuweilen sind es infektiöse Zustände der Umgebung, welche sekundär die phlegmönöse Entzündung der Gaumenmandeln hervorrufen. Der Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Molaren des Unterkiefers und dem peritonsillären Abszeß ist bekannt [Williger[1])]; weniger bekannt dürfte sein, daß dieser Zusammenhang auch mit den Molaren des Oberkiefers besteht.

A. Proskauer[2]) teilt einen Fall mit von peritonsillärem Abzeß mit folgender tödlicher pyämischer Allgemeininfektion nach eitriger Alveolarperiostitis des oberen 2. Molaren. Hier müssen wir auch an die traumatische Entstehung der Eiterung denken, indem durch irgend eine Verletzung, z. B. durch eine Fischgräte den Infektionserregern eine Eingangspforte gebahnt wird.

So sehen wir, daß die Peritonsillitis nicht durch einen einzelnen Vorgang hervorgerufen wird, sondern daß eine ganze Reihe patholog. Zustände und Prozesse der Tonsille und ihrer Umgebung dazu beitragen, pathog. Keimen das Eindringen in das die Tonsille umgebende Gewebe zu ermöglichen. Bakteriologisch finden sich immer Streptokokken manchmal dabei auch Staphylokokken, doch scheint nach den Befunden der verschiedenen Autoren das Auftreten der letzteren stets sekundär zu erfolgen.

Die Anfangsstadien der Erkrankung bekommen wir ziemlich selten zu Gesicht, da die Patienten meist

[1]) Williger, Zahnärztl. Chirurgie 1910.
[2]) Proskauer, Med. Klinik, 1914 Nr. 34.

dann erst ärztliche Hilfe suchen, wenn stärkere Beschwerden sie dazu zwingen, einen Arzt aufzusuchen. So geben in unseren Fällen die Patienten auch meist Schmerzen schon seit Tagen bis Wochen an. In diesem Stadium sehen wir dann meist den vorderen oder den hinteren Gaumenbogen oder beide schon tief dunkelrot gefärbt, die entsprechende Gaumenhälfte stark geschwellt und mehr oder minder deutlich sich vorwölbend. Bekommen wir den Patienten früher zu Gesicht, so werden meist Schüttelfrost und oft sehr starker Temperaturanstieg (bis 39,0 und darüber) beobachtet. Wie häufig sich die Angina phleg. an eine akute Angina follikularis oder an eine Angina lacunaris chronica angeschlossen hat, läßt sich aus unserem rein poliklinischen Material nicht entnehmen. Nur in einzelnen Fällen wie in Nr. 47 ließ sich der Anschluß einer Angina phlegmonosa an eine Angina lacunaris acuta feststellen.

Nr. 47). Der 23jährige F. D. hat eine noch spärlich Eiter absondernde Fistel im Munde von einer Kieferfraktur herrührend. Er klagte am 3. I. 15 über Halsbeschwerden. Die linke Tonsille etwas gerötet, in den Krypten Konkremente. Ausspritzen mit H_2O_2; Abendtemp. 39,7.

4. I. 15. In der linken Tonsille dicke gelbe Pfröpfe, Ausspritzen mit H_2O_2. Formaminttabletten. Morgentemperatur 38,5, Abendtemp. 37,7.

5. I. 15. Halsbeschwerden beiderseits, aus der rechten Tonsille ragen dicke Pfröpfe heraus. Ausspritzen mit H_2O_2. Formaminttabletten. Temp. Morgens 37,9, abends 38,0.

6. I. 15. Links Beschwerden gering, rechts stärker. H_2O_2. Temp. morgens 37,5, abends 38,2.

7. I. 15. Nur rechts ziemlich starke Beschwerden. Rechte Tonsille geschwollen, ebenso die entsprechende Gaumenhälfte. Temp. morgens 37,2, abends 37,6.

9. I. 15. Beschwerden rechts sehr stark, kaum mehr Möglichkeit vorhanden, Flüssigkeit zu schlucken.

Rechte Tonsille und rechter hinterer Gaumenbogen dunkelrot, stark geschwollen, sich vorwölbend. Kokainisierung, warmer Halswickel. Temp. morgens 37,8, abends 37,9.

10. I. 15. Beschwerden etwas geringer. Rötung und Schwellung der Tonsille und des Gaumenbogens geringer. Kokainisierung, Wickel. Temp. morgens 37,2, abends 37,5.

12. I. 15. Beschwerden und Schwellung ganz gering, Temp. morgens 36,3, abends 36,9.

13. I. 15. Beschwerdefrei, Tonsillen normal, Angina phlegmon. ohne Inzision zurückgegangen.

In anderen Fällen tritt ohne jede nachweisbare resp. auffällige vorherige akute oder chronische entzündliche Erscheinung an den Tonsillen starkes Fieber und eine schnell zunehmende Schmerzhaftigkeit des Schlingaktes auf einer Seite des Halses auf. Die Schlingbeschwerden nehmen dann meist einen solch hohen Grad an, daß keine festen Speisen und bald auch keine Flüssigkeiten mehr genossen werden können. Oft stellen sich sehr starke meist nach dem Ohre zu ausstrahlende Schmerzen ein. Auch hier möchte ich die Krankengeschichte eines Falles anschließen.

48) Der 23jährige M. Sch., welcher von einer Unterkieferfraktur her noch eine nach außen auf der Wange mündende Fistel hat, klagt am 17. XII. 14 plötzlich über sehr starke Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Beschwerden im Halse besonders beim Schlucken.

Beschleunigte Herzaktion, stark beschleunigter Puls (108) ebenso Atmung (26—28). Abendtemp. 38,5. Linke Tonsille stark gerötet, geschwollen. Aspirin, warme Wickel.

18. XII. 14. Kopfschmerzen geringer, Schluckbeschwerden sehr stark, selbst Flüssigkeiten schwer zu schlucken. Linke Tonsille und linker hinterer Gaumenbogen dunkelrot, geschwollen, in den Rachenraum vorgewölbt. Drüsen unter dem linken Kieferwinkel etwas schmerzhaft, geschwollen. Morgentemperatur 37,8, Abendtemp. 37,1.

Kokainisierung, Halswickel. Eiterentleerung erfolgt spontan in der Nacht.

19. XII. keine Kopfschmerzen mehr, Schluckbeschwerden geringer, Tonsille noch etwas geschwollen und gerötet.

21. XII. keine Beschwerden mehr, Tonsille normal.

Starke Schlingbeschwerden, Schmerzen nach dem Ohre ausstrahlend und Mundsperre sind die Angaben unserer Patienten; über Fiebererscheinungen wurde uns nur von einem Teile unserer Patienten geklagt, sie mögen ja vielfach gegenüber den heftigen lokalen Beschwerden in den Hintergrund getreten sein. Die Gaumenbögen sind dann dick aufgeschwollen, dunkelrot verfärbt und sperren den Racheneingang mehr oder weniger ab. In leichteren Fällen bleibt es bei diesem Stadium und nach einigen Tagen der Behandlung sehen wir Schwellung und Rötung zurückgehen und damit auch die Beschwerden schwinden. Doch ist das der weniger häufig vorkommende Ausgang (in unserer Aufstellung nur bei drei Fällen).

In erster Reihe werden die Gaumenbögen ergriffen, indem bald der vordere, bald der hintere Gaumenbogen ödematös geschwellt wird; dann kann die Entzündungserscheinung, speziell die akut entzündliche ödematöse Schwellung auch auf die Uvula übergehen, meist unter Anschwellung der ganzen betroffenen Gaumenhälfte. In unseren Fällen ist 19 mal die betr. Gaumenhälfte stark geschwollen gewesen. Dieses Stadium ist natürlich mit den gewaltigsten Schlingbeschwerden verbunden, indem ja der Rachenring beinahe vollständig durch das Ödem geschlossen wird. In solchen schweren Fällen sind die auftretenden Nebenerscheinungen viel größer. Die Stimme des Patienten klingt dann gewöhnlich kloßig, schwer, es besteht wegen der Stagnation der Sekrete in der Mundrachenhöhle meist starker Fötor ex ore, die Speichelproduktion ist gewöhnlich stark und der oft zähe Schleim fließt wegen der Unmöglichkeit zu schlucken, aus dem Munde heraus. Der Kopf wird meist steif nach der erkrankten Seite zu gehalten, um eine schmerzhafte Spannung zu vermeiden. Infolge Schwellung und Infiltration der Weichteile besteht meist mehr oder minder starke Kieferklemme, sodaß der Mund nur schwer und nur unter Schmerzen geöffnet werden kann. Dazu kommt oft eine schmerzhafte Schwellung der Drüsen am Kieferwinkel. Infolge der Intoxikation mit Streptokokkengift ist fast

immer eine stärkere Temperaturerhöhung vorhanden, doch ist wie oben ausgeführt bei poliklinischen Patienten der Fieberverlauf nicht genau zu verfolgen. Das Aussehen der Patienten ist ziemlich elend und wird rasch schlechter, da ja die Behinderung der Nahrungsaufnahme tagelang andauert. Die Dauer dieses Zustandes ist verschieden und liegt meist zwischen 3—10 Tagen. Tritt bis dahin keine spontane Entleerung des Abszesses ein, so wird man denselben meist durch Inzision eröffnen müssen, was auch meist das sofortige Nachlassen der Beschwerden zur Folge hat.

Bleibt der spontane Durchbruch zu lange aus und wird auch keine Entleerung durch operativen Eingriff herbeigeführt, so wird bald der Prozeß sich nicht mehr auf eine lokale Entzündung des Gaumens beschränken, sondern fortschreitend in der nächsten Umgebung mehr oder minder starke ödematöse Schwellung hervorrufen. So sehen wir teils die ganze betreffende Gaumenhälfte einschließlich Uvula ödematös angeschwollen, teils die Schwellung mehr gegen den Larynx zu ausgebreitet. In letzterem Falle greift der Prozeß dann oft auf die Zungentonsille über. Von hier geht dann meist ein Ödem der Epiglottis aus und zwar an der lingualen Fläche, indem hier das Bindegewebe viel lockerer ist als auf der laryngealen Seite, und greift dann oft sehr schnell auf die arvepiglottischen Falten und auf die Schleimhaut des Sinus pyriformis über.

So gibt Radzick[1]) einen Fall von Peritonsillitis anter. sin. bekannt, bei welchem sich im Anschluß daran am linken Rand der Zungenbasis ein Abszeß entwickelte. Letzterer wurde gespalten, der Mandelabszeß brach von selbst auf. Weitere Fälle bringen u. a. noch Seifert[2]) und Schech[3]). Natürlich sind dann die Schlingbeschwerden ganz außerordentlich stark, sodaß oft selbst das Schlucken des Speichels völlig unmöglich werden kann; ja das Glottis-Ödem kann so gewaltig werden, daß nur die

[1]) Radzick Zentralbl. f. Chirurg. 1901 p. 928.
[2]) Seifert, Arch. f. Laryng. I. p. 57.
[3]) Schech, Die Krankheiten der Mundhöhle etc. p. 19.

Tracheotomie den Patienten vor dem Erstickungstod bewahren kann.

So erwähnen Thom[1]) und Charles[2]) Fälle, bei welchen durch einen Mandelabszeß hervorgerufenes Glottisödem die Tracheotomie erforderte. Deshalb müssen wir einer Angina phlegmon., bei welcher sich eine ödematöse Schwellung der Epiglottis zeigt, ganz besondere Aufmerksamkeit schenken, indem wir möglichst bald inzidieren.

Weitere Komplikationen ergeben sich durch ein Übergreifen des Prozesses auf die nächste Nachbarschaft gegen den Mundboden oder die Hautoberfläche zu oder durch Vereiterung der entzündlich geschwellten Drüsen des Unterkieferwinkels der betreffenden Seite.

Marangoni[3]) beschreibt einen Fall schwerer Osteomyelitis des Unterkiefers im Anschluß an eine Peritonsillitis palatini. Von Allgemeinerkrankungen ist es die Albuminurie infolge der Intoxikation des Organismus mit Streptokokkengift, welche in sehr vielen Fällen auftritt, wenn auch bei unseren Patienten infolge der poliklinischen Behandlung kein derartiger Fall nachgewiesen wurde. Manchmal entsteht auch eine Polyarthritis rheumatica (einer unserer Fälle) oder Endocarditis ulcerosa. Eine äußerst seltene Komplikation ist der Durchbruch des Eiters aus dem Spatium pterygopharyngeum, auf welches er gewöhnlich beschränkt bleibt, nach dem Spatium retrostyloideum, wodurch die Gefahr der Arrosion der Carotis interna besteht (Newcomb)[4]), oder einer Senkung entlang der großen Halsgefäße (Treitel[5]) nach der Thoraxapertur bis in das Mediastinum.

Ebenso selten kommt es zur sekundären septischen allgemeinen Infektion.

Was die Prognose der Angina phlegmon. betrifft, so ist dieselbe bei der großen Seltenheit der

---

[1]) Thom, Berliner Klin. Wochenschr. 1915/8 p. 181.
[2]) Charles, Int. Zentralbl. f. Laryng. 1887 p. 339.
[3]) Marangoni, Deutsche Monatsschr. für Zahnärzte 1906/3 p. 165.
[4]) Newcomb, Ref. Zentralbl. f. Laryng. Bd. 25.
[5]) Treitel, Deutsch. med. Wochenschr. 1898.

Komplikationen nicht ungünstig. Sehen wir doch bei all unseren Fällen keine einzige der letztgenannten schweren Komplikationen auftreten.

Der Diagnose bieten sich meist keine Schwierigkeiten. Der Prozeß tritt fast immer nur einseitig auf. Wir sehen dann auf der betr. Seite die schon angeführten Entzündungserscheinungen meist deutlich ausgebildet. Je nach dem Sitz unterscheiden wir einen prä- und retrotonsillären Abszeß. Beim vorderen Tonsillarabszeß ist der vordere Gaumenbogen nach vorn vorgebaucht und die Tonsille nach der Mitte und nach hinten zu verdrängt; beim hinteren Tonsillarabszeß ist hauptsächlich der hintere Gaumenbogen von der Schwellung ergriffen und geht manchmal ohne Grenzen in die Rachenwand über; die Tonsille ist dann häufig nach der Mitte und nach vornen verdrängt. In unserer Aufstellung finden wir 7 retrotonsilläre Abszesse.

Ist der Sitz des Eiters hauptsächlich oben an der Spitze neben der Fossa supratonsillaris gelegen, so ist Ödem der Uvula sehr häufig. Liegt dagegen der Eiterherd am unteren Teile der Tonsille, so entsteht nicht selten eine kollaterale ödematöse Schwellung der lingualen Fläche des Kehlkopfdeckels.

Die digitale Untersuchung ergibt in den Anfangsstadien eine prall-elastische Infiltration der betroffenen Gebilde, später ist dann meist Fluktuation mehr oder minder deutlich zu erkennen.

Die Ansichten bezüglich der Therapie der Angina phlegmonosa sind geteilt und sind die einen mehr für konservative, die anderen mehr für chirurgische Behandlung.

In früherer Zeit wurde gern Chinin, Antipyrin, Salizyl etc. intern gegeben. Injektionen von Karbolwasser, Sublimatlösung, Pinselung mit Jodtinktur wurden versucht, doch haben sich alle diese Methoden nicht eingebürgert.

Auch die chirurgischen Maßnahmen gehen in der Art der Abszeßeröffnung weit auseinander, doch ist die einfache Inzision immer noch die sicherste und am häufigsten ausgeübte Methode. Wenn es einmal zur ausgedehnten Eiterbildung unter Einschmelzung größerer Gewebsmassen gekommen ist, so wird man

ohne chirurgischen Eingriff nicht mehr auskommen können, es sei denn, daß ein spontaner Durchbruch erfolgt, meist tritt dann sofort große Erleichterung und baldige Heilung ein.

Bei unseren Fällen beobachteten wir 7 mal spontane Abszeßeröffnung, doch mußte hierbei bei vier Fällen noch nachträglich eine Inzision zur vollkommenen Eiterentleerung gemacht werden.

Ist der Prozeß noch nicht so weit fortgeschritten, besteht noch keine Abszedierung, sondern erst einfache entzündliche Infiltration, so kann ausnahmsweise durch konservative Behandlung ein Zurückgehen erfolgen, indem das Filtrat nach und nach resorbiert wird. Bei der konservativen Behandlung kann die lokale Applikation eines Anästhetikums (Kokain-Antipyrinlösung) zur Linderung der Schmerzen dienen und außerdem durch feuchte Wärme (Halswickel) eine beginnende Eiterung zurückgehen, ohne daß eine Inzision erforderlich wäre, wie in Fall 1, 12 und 15 unserer Zusammenstellung.

Inwieweit die von Henke[1]) empfohlene Anwendung von Antistreptokokkenserum für die allgemeine Praxis zu verwerten sein wird, müssen erst noch weitere Beobachtungen zeigen.

Besonders wird diese Serumbehandlung in Fällen, bei welchen man aus irgend einem Grunde keine blutige Operation vornehmen will, anzuwenden sein. Im allgemeinen wird von der Inzision nicht abgesehen werden können, zumal sie bei richtiger Ausführung durch die Eiterentleerung sofortige Erleichterung der intensiven Beschwerden herbeiführt.

Bei unseren 48 Fällen nahmen wir 37 mal entweder sogleich die Inzision vor oder nach einiger Zeit erfolgloser konservativer Behandlung. Für die Inzision ist die Wahl der Einschnittstelle von der allergrößten Wichtigkeit.

Verschiedene Autoren geben hiefür eine bestimmte Richtlinie an.

Nach der Angabe von Chiari[2]) ziehe man sich, eine gerade Linie, gedacht vom letzten oberen Mahl-

---

[1]) Henke, Arch. f. Laryng. 27 p. 321.
[2]) Chiari, Die Krankheiten des Rachens. Wien 1903.

zahn zur Basis der gewöhnlich stark geschwollenen Uvula. Etwa in der Mitte dieser Linie inzidiere man mit einem dünnen, wenige Millimeter breiten, tenotomartigen lanzettförmigen Messer direkt nach rückwärts bis 2 cm tief. Man kommt nach Trennung der infiltrierten Schichten sofort in einen Hohlraum, in welchen das Messer ohne Widerstand weiter eindringt. Dann führe man eine dünne Rachenpinzette in den Hohlraum ein, öffne dieselbe weit und ziehe sie schnell heraus.

Nach M. Schmidt und E. Meyer[1]) wähle man zur Inzision eine Stelle, die etwa 1 cm nach oben und außen vom vorderen Gaumenbogen liegt. Krause[2]): „Man denke sich während der okularen Inspektion eine Linie vom obersten Pole der Mandel quer über die peritonsilläre Schwellung bis zur Seitenwand gezogen. Innerhalb dieser Linie sticht man das Messer ungefähr 1—1½ cm vom Rande des vorderen Gaumenbogens entfernt senkrecht ungefähr 2½ cm tief ein. Der Schnitt wird dann immer senkrecht und parallel dem vorderen Gaumenbogen in einer Länge von 2—2½ cm nach abwärts geführt.

Schwerin[3]) macht die Inzision mit einem schmalen Skalpell in der Mitte zwischen Uvula und hinterem Molar, etwas oberhalb des Gaumenbogens 1—2 cm tief in sagittaler Richtung. Killian[4]) ist für die stumpfe Eröffnung von der Fossa supratonsillaris aus von der medialen Seite her, weil auch der spontane Durchbruch am häufigsten hier erfolgt.

Levinger[5]) und Botey[6]) empfehlen als Behandlung und zugleich Prophylaxe der Peritonsillitis eine breite Eröffnung des Abszesses dadurch, daß man den oberen Pol der Tonsille völlig herauspräpariert und mit der Kapsel exstirpiert, wodurch auch Rezidiven vorgebeugt werden soll.

---

[1]) M. Schmidt und E. Meyer, Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1909.
[2]) Krause, Med. Klinik. 1912/6.
[3]) Schwerin, Med. Klinik. 1914/29 p. 1236.
[4]) Killian, Münchner med. Wochenschr. 1896 u. 97.
[5]) Levinger, Münchner med. Wochenschr. 1914/23.
[6]) Botey, Münchner med. Wochenschr. 1901/7.

Winkler[1]) ist für Enukleation der Tonsille.

Am besten ist wohl, vor der Inzision eine genaue Ortsbestimmung des Eiterherdes zu machen, da der Abszeß doch nicht immer gerade an derselben typischen Stelle sitzt. Wir fanden darauf meist zwischen hinterem Molaren und Uvula die Inzisionsstelle. Um einer Verletzung größerer Gefäße vorzubeugen, überzeuge man sich vorher über die Abwesenheit abnormer Pulsation im Pharynx.

Quardia[2]) empfiehlt zur Eröffnung des Abszesses, um Blutung zu vermeiden, nicht Inzision mit dem Messer, sondern Einstechen einer Hohlsonde oder eines vorn abgerundeten Eisenstäbchens und dann Erweiterung der Öffnung mit dem Kocher'schen Schieber.

Handelte es sich um einen retrotonsillaren Abszeß, so wählten wir die gleiche Einstichstelle wie sonst, also meist einen Punkt, der ungefähr auf der Schnittlinie einer Wagrechten durch die Uvulabasis und einer Senkrechten durch die Basis des vorderen Gaumenbogens lag. Der Stich wurde dann durch die Tonsille hindurch in die Abszeßhöhle geführt.

Eine Anästhesierung vor der Inzision wurde selten ausgeführt, wird dieselbe gewünscht, so kann man durch Aufpinselung oder Injektion einer Kokain-Adrenalin-Lösung Lokalanästhesie herbeiführen.

Herzig[3]) injiziert Chinin und salzsauren Harnstoff in 4% iger Lösung in den vorderen und eventuell auch etwas in den hinteren Gaumenbogen.

Stärkere Blutung nach der Inzision wurde nur in einem Falle (No. 29) beobachtet. Der bei der Untersuchung (auch bei der Digitalexploration) ganz vernünftig ruhig haltende Mann machte bei der Inzision eine derartig heftige, ruckweise Drehung des Kopfes nach der Seite und nach vorne zu, daß der Operateur bei der Vornahme der Inzision mit der Möglichkeit gerechnet hatte, daß der Patient in das Messer sich hineingerannt hatte. Mit der reichlichen Eiterentleerung folgte dann auch eine heftige Blutung, von der sich nicht entscheiden ließ, ob sie ar-

---

[1]) Winkler, Münchner med. Wochenschr. 1911/46.
[2]) Quardia, Intern. Centralbl. f. Laryng. 1915/5 p. 150.
[3]) Herzig, Intern. Centralbl. f. Laryng. 1914/p. 504.

terieller oder venöser Natur war. Nach reichlicher Spülung des Rachens mit H_2O_2 stand die Blutung. Nach zwei Stunden erneute Blutung aus Mund und aus Nase. Soweit sich bei der heftigen Blutung erkennen ließ, wofür auch die Blutung aus der Nase sprach, mußte die Quelle der Blutung im seitlichen Nasenrachenraum gesucht werden. Tamponade des Nasenrachenraums. Blutung steht.

In der Nacht reißt Patient den Tampon heraus, neue Blutung. Wiederholung der Tamponade. Nach zwei Tagen vorsichtige Herausnahme des Tampons; Blutung nicht wieder gekehrt. Heilung.

In der Poliklinik ist von Prof. Seifert die Anordnung getroffen, daß sogleich nach der Inzision mit einer 100 g-haltigen Mundspritze der Rachen mit H_2O_2 in der Weise ausgespritzt wird, daß der Spritzenansatz in die eine Wangentasche eingeführt und die Flüssigkeit unter mäßigem Druck nach der Rachenhöhle geleitet wird. Auf diese Weise werden Eiter und Blut entfernt, viel besser als durch Gurgelungen, und es besteht auch der Vorteil, die Blutung auf das Beste zur Stillung zu bringen. Gleiche Ausspülungen des Rachens werden in den folgenden Tagen bis zur völligen Abnahme der Entzündung wiederholt.

II. Angina phlegmonosa präepiglottica.

Sehr viel seltener wie an der Gaumentonsille finden wir den phlegmonösen Abszeß an der Zungentonsille. In der Literatur sind mehrere Fälle verzeichnet, so beschreibt Caboche[1]) einen Fall, welcher durch Verschlucken einer Kornähre entstanden ist. Er fand die vordere Halsgegend geschwollen, schmerzhaft gespannt, hintere Hälfte des Zungengrundes rot, geschwollen, druckempfindlich; Epiglottis unbeweglich, starr und als Hauptsymptom einer Vereiterung des Raumes zwischen Epiglottis und Schildknorpel ein äußerliches Ödem oberhalb des Zungenbeins; die Eröffnung des Abszesses erfolgte spontan.

---

[1]) Caboche, Intern. Centralbl. f. Laryng. 1910/p. 567.

A. Ruault[1]) beschreibt 5 Fälle (Periamygdalitis lingualis phlegmonosa), deren klinische Symptome er in plötzlichem Fieber, Appetitlosigkeit, Durst, Verstopfung, Halsschmerzen, meist in das eine Ohr ausstrahlend, Schlingbeschwerden und mehr oder minder intensive Rötung der Zungenmandel zusammenfaßt. Vielfach findet man eine phlegmonöse Entzündung der Zungentonsille im Anschluß an eine schwere Angina.

So beschreibt außer Charles[2]), Schech[3]) und mehreren anderen Seifert[4]) einen Fall von Tonsillitis präepiglottica phlegmonosa im Anschluß an eine Angina follicularis. Hier traten plötzlich Schlingbeschwerden, Gefühl von Druck in der Zungenbeingegend und Atemnot auf.

Bei der Untersuchung fanden sich die Submaxillardrüsen schmerzhaft geschwollen, Gegend vor dem Zungenbein ödematös, der hintere Teil der Zunge stark gerötet und geschwollen, sodaß die Valleculae nahezu verstrichen waren, die Epiglottis gerötet und ödematös geschwollen. Unter kräftiger Antiphlogose (Eis innerlich und äußerlich) ging die Entzündung innerhalb von 3 Tagen zurück; es blieb allerdings noch nahezu 14 Tage lang eine Schwellung an der Zungenbasis zurück, die erst nach wiederholter Applikation von Mandlscher Jodlösung zurückging.

Als weiteren Fall schreibt Seifert[5]) über einen Abszeß der linken Zungenbasis infolge Verletzung mit einer Fischgräte, kompliziert wegen gleichzeitig bestehender Zuckerharnruhr. Hier brachte die Inzision mit dem Heryng'schen Messer unter Leitung des Fingers Heilung, allerdings nicht ohne starke sekundäre Nachblutung, welche erst nach längerer Digitalkompression stand.

Anschließend will ich 7 Fälle, die mir zur Verfügung stehen, anführen.

---

[1]) Ruault, Intern. Centralbl. f. Laryng. 1893 p. 29.
[2]) Charles, Intern. Centralbl. f. Laryng. 1887 p. 340.
[3]) Schech, Die Krankheiten der Mundhöhle usw. p. 19.
[4]) Seifert, Arch. f. Laryng. I. p. 57.
[5]) Seifert, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1911 p. 408.

Der erste Fall war eine Laryngitis phlegmonosa subacuta, wobei die linke Hälfte der Epiglottis ödematös gerötet und geschwellt, Stimmbänder gerötet. Larynxeingang gerötet und geschwellt war. Auf Alypin-Kokain-Ausspülung ging der Prozeß zurück.

Beim zweiten Fall handelte es sich um einen Abszeß in der Zungentonsille. Es bestanden seit 8 Tagen Schlingbeschwerden, in der linken Gaumentonsille fanden sich Konkremente, linke Zungenhälfte war geschwollen, gerötet und vorgewölbt, rechte Hälfte nicht ergriffen. Auf die Inzision hin Eiterentleerung und Heilung.

Drittens kam ein Abszessus valeculae sin. mit Ödem der Epiglottis zur Beobachtung. Patientin hatte bereits seit 8 Tagen Schlingbeschwerden, in der linken Valecula zeigte sich ein kirschgroßer Abszeß und die Epiglottis war ziemlich gleichmäßig ödematös geschwollen. Die Therapie bestand in Inzision und Nachbehandlung durch Bespülung mit Kokain-Antipyrin.

Den vierten Fall bildete ein Abszeß am Zungengrund. Dem Patienten wurden vor 6 Jahren Mandeln und Polypen entfernt. Atmung war stets beschwerlich, seit 5 Tagen traten beim Schlucken Schmerzen im Hals auf, die ins Ohr ausstrahlten. Seit dem letzten Tage konnte Patient auch keine Flüssigkeit mehr schlucken und hatte starke Schmerzen im hinteren Zungenabschnitt. Auf die Inzision und Eiterentleerung hin trat Erleichterung und baldige Heilung ein.

Fünfter Fall. Ein Retropharyngealabszeß rechts, bei welchem schon seit 4 Wochen Schluckbeschwerden bestanden. Auf die von namhafter Eiterentleerung begleitete Inzision hin folgte bald Heilung.

Sechster Fall. Ödem der Epiglottis. Früher und zur Zeit wieder seit 3 Tagen Beschwerden in der Kehlkopfgegend und starkes Druckgefühl beim Schlingen. Vor 4 Tagen wird etwas Blutauswurf angegeben (wahrscheinlich Blutung aus der Abszeßhöhle). Die Epiglottis zeigt sich ödematös verdickt. Stimmbänder soweit übersehbar ohne Befund. Rückgang auf konservative Behandlung hin.

Als siebten Fall beobachtete ich eine Phlegmona präepiglottica infolge einer Fischgrätenverletzung.

17. VI. 14. Der 49jährige J. B. hat seit 3 Tagen so große Schluckbeschwerden, daß er keine Nahrung mehr zu sich nehmen kann. Am 12. ds. Mts. hat Patient Fisch gegessen und dabei eine Gräte in den Rachen bekommen. Am 13. verspürte er beim Essen Drücken im Hals, Beschwerden wurden gegen Abend besser, er konnte noch ganz gut seine gewöhnliche Mahlzeit einnehmen. Am 14. VI. waren die Schmerzen bereits so stark, daß er sein Mittagessen stehen lassen mußte. Am 15. wurde schon flüssige Kost schwer genommen und seit 16. ist überhaupt jede Nahrungsaufnahme unmöglich. Unwohlsein, Frost und Mattigkeit begleiten die Erscheinung. Bei der Untersuchung zeigt sich außen die Stelle oberhalb des Zungenbeins sehr empfindlich auf Betasten, die Kehlkopfgegend selbst nicht empfindlich. Innere Untersuchung ergibt starke ödematöse Schwellung und Rötung des Zungengrundes und der lingualen Epiglottisfläche. Epiglottis dabei starr, unbeweglich. Zungenbasis liegt in direkter Berührung an der Epiglottis an. Fluktuation ist noch nicht deutlich zu fühlen. Es wird früh und mittag je 3—4 mal mit Kokain-Antipyrin bespült.

18. VI. Bei der Untersuchung mit der Sonde tritt auf Druck zwischen Zungenbasis und Epiglottis ziemlich viel Eiter heraus.

19. VI. Beschwerden viel geringer, bereits flüssige Nahrungsaufnahme. Schwellung zurückgegangen. Kokain-Antipyrin-Spülung.

20. VI. Weiche breiige Kost kann schon genommen werden. Kokain-Antipyrin-Spülung.

21. VI. Zungengrund fast abgeschwollen, stärkeres Glottisödem noch vorhanden. Kokain-Antipyrin.

23. VI. Keine Beschwerden mehr, jede Nahrungsaufnahme möglich. Zungengrund und Epiglottis vollständig abgeschwollen. Patient als geheilt entlassen.

Die verschiedenen Benennungen der phlegmonösen Entzündung dieser Gegend wie Tonsillitis präepiglottica, Phlegmone des Zungengrundes, Angina lingualis phlegmonosa, Angina phlegmonosa präepiglottica etc. bezeichnen nur den Grad der Intensität,

in welchem die einzelnen Gebilde dieses Abschnittes von dem Prozeß betroffen sind.

Betrachten wir die Ätiologie der bekannten Fälle, so sehen wir eine große Anzahl davon im Anschluß an ein Trauma, teils chemischer, teils mechanischer Natur entstehen, welches die Partie zwischen Zungengrund und Epiglottis trifft und hier dann die phlegmonöse Entzündung hervorruft.

So sehen wir Verletzungen durch Fischgräten [Fleischmann[1]), Seifert[2])], Knochenstückchen [so ein Fall von Helary[3])], Borsten, therapeutische Eingriffe in Form von Ätzungen etc. [Fleischmann[4]) Verätzung mit salpetersaurem Quecksilberoxydul] als Ursache.

Der jedoch weitaus größte Teil dieser phlegmonösen Prozesse entsteht sekundär anschließend an infektiöse Zustände der Umgegend wie der Zähne, des Kiefers [Lang[5]), Zungenwurzelabszeß nach Periostitis mandib. necrot; Symes[6]) Ödem und Phlegmone der Epiglottis nach Zahnextraktion] der Zunge oder am allermeisten im Anschluß an eine Entzündung der Gaumentonsillen [Eskat[7]), Bayer[8])]. Manche Konstitutionskrankheiten scheinen hier prädisponierend zu wirken, so beschreibt Fleischmann[4]) und Greene[9]) je einen Fall in Verbindung mit Lungentuberkulose, und Bayer[8]) zwei Fälle bei Gichtikern, Seifert[10]) und Ritter[11]) je einen Fall bei Zuckerharnruhr; doch ist die Zahl der beobachteten Fälle viel zu gering, um wirkliche Schlüsse daraus ziehen zu können.

Im Gegensatz zur Peritonsillitis der Gaumenmandeln finden wir den phlegmonösen Abszeß in dieser Gegend auch öfters bei kleinen Kindern,

---

[1]) Fleischmann, Intern. Zentralbl. f. Laryng. II p. 119.
[2]) Seifert, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1911 p. 408.
[3]) Helary, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1894 p. 284.
[4]) Fleischmann, Intern. Zentralbl. f. Laryng. VII p. 61.
[5]) Lang, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1910 p. 153.
[6]) Symes, Ref. J. f. Z. 1893/24 p. 182.
[7]) Eskat, Intern. Zentralbl. f. Lanryng. 1896 p. 431.
[8]) Bayer, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1899 p. 294.
[9]) Greene, Medic. and surg. report 29. VIII. 1891.
[10]) Seifert, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1911 p. 408.
[11]) Ritter, Berl. laryng. Gesellsch. Okt. 1910.

wie Aufzeichnungen von Köck[1]) und Pauly[2]) zeigen.

Die Infektionserreger sind wie bei der Peritonsillitis phlegmonosa der Gaumenmandeln auch hier wieder in der Hauptsache Streptokokken.

Putschowsky[3]) teilt einen Fall von phlegmonöser Entzündung der Zungentonsille, hervorgerufen durch den Bazillus fusiformis Vincenti, mit.

Betrachten wir zuerst die subjektiven Erscheinungen, so finden wir fast genau dieselben Beschwerden, wie bei der schweren Angina phlegmonosa palatini, ist ja diese letztere in schweren Fällen nichts anderes als ein Übergreifen des phlegmonösen Prozesses auf Zungengrund und Epiglottis. Es erübrigt sich deshalb, auch hier nochmals die schon anfangs erwähnten Symptome alle aufzuzählen. Es sind auch hier immer stärker werdende Schlingschmerzen, bis zur Unmöglichkeit des Speichelschluckens und dadurch reflektorische profuse Salivation, Zungensteifigkeit, schwere Sprache, Atemnot und fast immer Fieber, welche das Bild kennzeichnen. Kopf wird schief getragen, Halsmuskeln und besonders die Zungenbeingegend zeigt sich schmerzhaft gespannt.

Nach von Bergmann[4]) haben die Kranken mit Tonsillitis präepiglottica phlegmonosa eine ganz typische Kopfhaltung. Sie tragen das Kinn erhoben, um die Atmungsluft durch die Nase, über den von der Wirbelsäule so etwas abgehobenen Zungengrund in den Larynx streichen zu lassen.

Der objektive Befund zeigt anfangs nur eine Rötung und Schwellung des ganzen Zungengrundes oder nur der einen Hälfte. Rötung und Schwellung wird immer intensiver, sich nach vorne und rückwärts ausbreitend, die Schwellung der Zungenbasis wird hart und sehr schmerzhaft, die Epiglottis ist unbeweglich, starr ödematös geschwellt und bedingt dadurch die Atemnot.

---

[1]) Köck, Münchn. med. Wochenschr. 1896/7.
[2]) Pauly, Berl. klin. Wochenschr. 1877/22.
[3]) Putschowsky, Zeitschr. f. Laryng. III p. 553.
[4]) v. Bergmann, Münchn. med. Wochenschr. 1893/10 p. 200.

Meist sind die Fossae vor der Epiglottis und zu Seiten der lig. epiglottica infolge der Schwellung vollständig verstrichen.

Äußerlich zeigt hauptsächlich die Gegend des Zungenbeins oft brettharte, schmerzhafte Schwellung. Fluktuation ist nicht immer nachzuweisen. Bei einer großen Zahl der Fälle geht die Entzündung bei sachgemäßer Behandlung nach kurzer Zeit wieder zurück und es tritt spontane Resorption ein (3 von unseren 7 Fällen). Ist dies nicht der Fall, so kommt es bald zur Vereiterung und wenn nicht schon vorher durch, infolge der Beschwerden nötige Inzision, tritt nach 1—2 Wochen spontane Eröffnung ein, worauf bald Heilung erfolgt. Über Fälle mit spontanem Durchbruch berichtet unter anderen Caboche[1]) und Heymann und Manger[2]).

Manchmal, wie in einem unserer Fälle, treten Blutungen aus der Abszeßhöhle ein [Charles[3])]. Daß der Prozeß auch halbseitig bleiben kann, zeigt unser zweiter Fall. Einen Übergang in chronischem Abszeß konnten wir bei unseren Fällen nicht beobachten.

Komplikationen können eintreten, indem die manchmal außergewöhnlich starke Beteiligung des Kehlkopfeinganges eine Tracheotomie nötig macht [Charles[3])].

Lang[4]) gibt einen Fall von Zungenwurzelabszeß an, in welchem trotz breiter Eröffnung nach 3 Wochen der Tod durch Sepsis eintrat, ebenso teilt Hollick[5]) einen Fall von Tonsilloglossitis acuta gefolgt von tuberkulöser Meningitis mit tödlichem Ausgang mit. Als weitere Komplikation sind Senkungen nach abwärts, wie sie schon bei der Peritonsillitis der Gaumenmandeln beschrieben, zu erwähnen. So gibt als weiteren Ausbreitungsweg der Zungeneiterung Killian den Retrovisceralraum an und die Gefäßspalte der Carotis und Jugularis am Halse und v. Bergmann den Weg durch den Boden der Mundhöhle und weiter am Halse herab.

[1]) Caboche, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1910 p. 567.
[2]) Heymann und Manger, Zeitschr. f. klin. Medizin 1907/62.
[3]) Charles, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1887 p. 339.
[4]) Lang, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1910 p. 153.
[5]) Hollick, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1898 p. 289.

Wir sahen in all unseren Fällen mit erfolgreicher Therapie in kürzester Zeit Heilung eintreten.

So ist die Prognose im allgemeinen nicht ungünstig, wenn auch bei starker Beteiligung des Kehlkopfeinganges trotz Tracheotomie schon tödlicher Ausgang beobachtet wurde.

Die Diagnose wird uns wohl selten Schwierigkeiten bereiten. Besteht der Prozeß bereits seit einigen Tagen, so wird uns schon das infolge der mangelnden Nahrungsaufnahme schlechte Aussehen des Patienten auffallen. Äußerlich sehen wir dann meist noch eine mehr oder minder starke ödematöse Schwellung der Zungenbeingegend. Caboche[1]) führt dieses Ödem oberhalb des Zungenbeins als sicherstes Symptom einer Vereiterung des Raumes zwischen Epiglottis und Schildknorpel an.

An Hand des schon geschilderten Symptomenkomplexes dürfte sich die Diagnose leicht sichern lassen. Ist der Prozeß schon sehr weit vorgeschritten, so kann es vielleicht schwierig sein, den primären Ausgangspunkt der Phlegmone festzustellen, doch dürfte dies auf die angewendete Therapie keinen besonderen Einfluß haben.

Handelt es sich um einen, von den Gaumenmandeln auf den Zungengrund fortgeleiteten Fall, so wird man meist in den Gaumentonsillen noch Zeichen der Entzündung finden. Bei der Therapie handelt es sich vor allem festzustellen, ob bereits eine Abszedierung eingetreten ist oder nicht.

Eine Resorption des Infiltrates ohne Abszeßbildung wird ja auch öfters beobachtet, doch ist dies nicht der gewöhnliche Verlauf.

Von unseren Fällen sind 2 ohne Abszeßbildung geheilt.

Ist also noch keine Abszedierung eingetreten, so wird unsere Behandlung vorerst eine antiphlogistische sein. Außer flüssiger Nahrung wird der Patient schon selbst, wegen der Schmerzen, nichts zu sich nehmen.

Kälte-Applikation in Form von Eiskrawatten und Schnullen von Eisstückchen ist gebräuchlich.

---

[1]) Caboche, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1910 p. 567.

Sehr gut hat sich das Bespülen mit Kokain-Antipyrinlösung bei unseren Fällen ohne Abszeßbildung bewährt. Wir haben teilweise zweimal täglich je 3 bis 4 Spritzen gegeben. Meist kann man bald die Abszedierung nachweisen und ist dann die Inzision die beste Therapie, insofern kein spontaner Durchbruch erfolgt.

Die Nachbehandlung besteht in Spülungen mit H_2O_2. Sofortige Erleichterung und Heilung in 2 bis 3 Tagen waren in all unseren Fällen die Folge.

Meistens wird der Eiter durch Inzision vom Munde aus zur Entleerung gebracht. [Mikulicz und Michelson[1]); v. Navratil[2]).]

Eskat[3]) entleerte einen Zungenabszeß durch Punktion mit dem Krause'schen Troikart. Brunk[4]) empfiehlt bei tieferen Abszessen im hinteren Teil der Zunge die Eröffnung von außen.

Winkler[5]) macht bei einfachen Tonsillarabszessen tiefe Inzision der Zunge, bei tiefer gehenden Infektionen nimmt er wie Killian[6]) die Eröffnung von außen zwischen den Genioglossi oder zwischen Genioglossus und Hyoglossus vor.

Wie wir aus mitgeteilten Fällen sehen, ist bei allzuhoher Atemnot manchmal die Tracheotomie nicht zu umgehen.

Zur Beförderung der Resorption zurückbleibender Infiltrate empfiehlt Seifert[7]) Spülungen mit warmem Wasser eventuell öftere Pinselungen mit Mandl'scher Jodlösung.

Phlegmonöse Entzündungsvorgänge an der Rachenmandel waren früher unbekannt und nach den spärlichen diesbezüglichen Publikationen auch jetzt noch muß man die Phlegmone der Rachenmandel als große Seltenheit ansehen. Mir selbst steht kein Fall zur Verfügung und muß ich hier auf andere Ver-

---

[1]) Mikulicz und Michelson, Atlas der Krankheiten des Mundes und Rachens. 1892. Taf. 32.
[2]) v. Navratil, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1910 p. 152.
[3]) Eskat, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1906 p. 73.
[4]) Brunk, Deutsche med. Wochenschr. 1908/23.
[5]) Winkler, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1912 p. 366.
[6]) Killian, Vers. d. Laryngol. Heidelberg 1903.
[7]) Seifert, Fränkels Arch. f. Laryng. p. 60.

öffentlichungen verweisen. Die erste Publikation hierüber stammt von Roth[1]) (Wien).

An der Seltenheit dieser Fälle dürfte vielleicht die versteckte Lage der Rachenmandel mit Schuld sein.

Zusammenfassend sehen wir die phlegmonösen Prozesse des Rachenrings als mehr oder weniger starke Entzündungen der adenoiden Substanz des befallenen Teiles mit, meist durch Streptokokken hervorgerufener, eiteriger Einschmelzung des Gewebes.

In den meisten Fällen kann der spontane Durchbruch nicht abgewartet werden und muß die Eröffnung des Abszesses erfolgen.

In Beziehung auf die Ätiologie sehen wir zwar bei vielen Fällen Verletzungen verschiedener Art und krankhafte Prozesse der Umgebung als Ausgangspunkt der Phlegmone, müssen aber zugeben, daß wir oft vergens nach einer Entstehungsursache suchen.

In unseren 55 Fällen konnten wir bei 46 Patienten keine Anhaltspunkte für die Entstehungsursache finden, dürfen dabei aber nicht vergessen, daß wir bei der poliklinischen Behandlung die vorausgehenden Erkrankungsstadien nur aus den spärlichen Aussagen der Patienten kennen.

In manchen Fällen scheint nach bereits einmal überstandener Angina phlegmonosa größere Neigung dazu zurückzubleiben. Prädisposition eines gewissen Alters scheint sicher, ob ein Einfluß der Jahreszeit besteht, müssen weitere Beobachtungen lehren.

---

[1]) Roth, Wiener med. Presse. Mai 1905.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. O. Seifert für die Überlassung des Themas und die freundliche Anleitung bei Ausführung der Arbeit, sowie für die gütige Übernahme des Referates meinen ergebensten Dank zum Ausdruck zu bringen.

Literatur.

1. Albert, Wiener med. Presse 1885/1.
2. Alberto, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1900 p. 185.
3. Barbera, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1911 p. 356.
4. Bauer, Münchn. med. Wochenschr. 1893/15.
5. Bekeß, Med. Blätter, Nov. 1908.
6. Brunk, Deutsche med. Wochenschr. 1908/23.
7. Caulier, Intern. Zentralbl. f. Laryng. II p. 114.
8. Colin, Intern. Zentralbl. f. Laryng. XI p. 231.
9. Ehrmann, Münchn. med. Wochenschr. 1890/9.
10. Grünwald, Münchn. med. Wochenschr. 1901/30 p. 1215.
11. Harmer, Wiener laryngol. Gesellsch. 2. Mai 1901.
12. Hawkins-Ambler, Monatsschr. f. Ohrenkl. 1894 p. 284.
13. Henke, Archiv f. Laryngol. 27.
14. Joncheray, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1902 p. 18.
15. Joncheray, Rev. de Laryngol. 1901 p. 534.
16. Kayser, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1894 p. 93.
17. Kayser, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1894 p. 42.
18. Katz, Archiv f. Laryng. VIII p. 374.
19. Katz, Revue de Laryng. 1909 p. 89.
20. Katz, Allgem. Wiener med. Zeitung 1903 43—46.
21. Killian, Münchn. med. Wochenschr. 1896/30 1897.
22. Köck, Münchn. med. Wochenschr. 1914/33.
23. Köhler, Deutsche med. Wochenschr. 1896 7.
24. Kofler, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1915/5 p. 160.
25. Kofler, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1914/6 p. 813.
26. Lange, Zeitschr. f. Laryng. Bd. 1 p. 707.
27. Ledermann, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1914 p. 481.
28. Loguki, Archiv f. Laryng. IV p. 244.
29. Loguki, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1915/27 und 3 p. 152.
30. Manikatide, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1895 p. 776.
31. Meyer, Berlin. klin. Wochenschr. 1907/41.
32. Meyer, Handb. der spez. Chir. des Ohres usw. Bd. 1 2. Hälfte.
33. Möller, Dermatol. Zeitschr. 1911/18.
34. Moure, Zentralbl. f. Chirurg. 1901/47 p. 1166.
35. Nathan, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1915/5 p. 150.
36. Pfaundler und Schloßmann, Handb. d. Kinderheilkunde III. Bd. 2. Aufl.

37. Proutz, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1912/529.
38. Putschowsky, Wiener med. Wochenschr. 1910/26.
39. Radzik, med. Obosr. Dez. 1900.
40. Roth, Wiener Laryng. Gesellsch. 6 XII. 1900.
41. Roth und Scheff, Wiener kl. Wochenschr. 1901/1.
42. Ruault, Archives intern. de laryng. Paris 1892 Bd. 1 p. 27.
43. de Santi, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1914 p. 861.
44. Seifert, Archiv f. Laryng. I p. 57.
45. Seifert, Revue Hebdomandaire de Laryngologie etc.
46. Soubeyran et Sassy, Gazette des Hopitaux 1911 Nr. 82 und 85.
47. Srebny, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1914 p. 1335.
48. Thiemann, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1912/529.
49. Trottingham, Intern. Zentralbl. f. Laryng. 1901 p. 305.
50. Weil, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1914 p. 997.
51. Wharton, Intern. Zentralbl. VII p. 146.
52. Winkler, Deutsche med. Wochenschr. 1911/46.
53. Weil, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1914 p. 826.
54. Wroblewski, Wien. med. Presse 1893.

Lebenslauf.

Ich, Karl Michel, bayer. Staatsangehörigkeit, bin geboren am 6. Dezember 1889 zu Würzburg (Bayern) als Sohn des Universitäts-Professors Dr. Michel in Würzburg und wohne zur Zeit in Würzburg.

Nach Besuch der Volksschule und dann zuerst des neuen Hum. Gymnasiums, hierauf des Realgymnasiums zu Würzburg erwarb ich mir im Juli 1908 an letzterem das Reifezeugnis.

Hierauf besuchte ich die Universitäten Würzburg 7, Berlin 1, München 1, Würzburg 2 Semester.

Die ärztliche Prüfung habe ich an der Universität Würzburg am 9. Mai 1914 abgelegt.

Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Prof. Dr. O. Seifert verfaßt.

Würzburg, den 22. Juli 1915.

Karl Michel.